UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 25

DE

L'HYDROCÈLE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA LIQUEUR DE VAN SWIETEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juin 1915

PAR

L.-R. FÉLIX

Né à Beau-Bassin (Ile Maurice), le 23 Août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MOURET, Prof. adj., *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adjoint. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, Agrégé libre.
VEDEL, Agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1915

DE

L'HYDROCÈLE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA LIQUEUR DE VAN SWIETEN

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 25

DE

L'HYDROCÈLE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA LIQUEUR DE VAN SWIETEN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juin 1915

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

L.-R. FÉLIX

Né à Beau-Bassin (Ile Maurice), le 23 Août 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MOURET, Prof. adj., *Président.*
DE ROUVILLE, Prof.-adjoint. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, Agrégé libre.
VEDEL, Agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	
GAUSSEL.	J. DELMAS.	
RICHE.	RIMBAUD.	

Examinateurs de la thèse :

MM. MOURET, prof.-adj., *président.*	MM. LAPEYRE, agrégé libre.
DE ROUVILLE, professeur adjoint.	VEDEL, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE CELLE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR FÉLIX

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS SOLDATS

A MA FEMME

L.-R.-FÉLIX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURET

CHEF DE SERVICE DE LA CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L.R-.FÉLIX.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, il est un devoir de reconnaissance dont nous avons à nous acquitter envers nos maîtres et envers tous ceux qui se sont intéressés à nous. La première place revient à notre président de thèse, M. le professeur Mouret, à qui nous devons la plus profonde reconnaissance pour son enseignement et pour la sympathie dont il a bien voulu nous honorer.

Nous prions de même MM. les professeurs de cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale de bien nous permettre de leur exprimer notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons jamais les bons conseils que nous a donnés M. le professeur Jadin, de l'Ecole de pharmacie, et aussi les bontés qu'il a eues pour nous pendant toute notre carrière d'étudiant.

Nous remercions aussi sincèrement M. le docteur Massot qui nous a donné l'idée de cette thèse, et MM. les docteurs de Lamer et Sabarthès pour toute la bienveillance qu'ils nous ont montrée pendant notre internat à l'hôpital de Perpignan.

Enfin, nous garderons toujours le meilleur souvenir des familles qui se sont intéressées à nous, ainsi que celui de nos camarades qui nous ont permis de passer quelques heures de joyeuse insouciance pendant notre vie d'étudiant.

DE

L'HYDROCÈLE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LA LIQUEUR DE VAN SWIETEN

INTRODUCTION

L'hydrocèle de la tunique vaginale est d'observation très commune, aussi y a-t-il peu de maladies sur lesquelles on ait autant écrit.

Récente, l'hydrocèle ne présente guère de gravité, elle n'est seulement gênante que par son poids et son volume; il n'en est pas de même quand elle date de longtemps, car elle peut alors amener l'atrophie du testicule correspondant et ainsi déterminer de graves conséquences concernant la reproduction.

Sans même envisager les choses d'un si mauvais côté, par son poids seul, elle détermine généralement des tiraillements le long du cordon, occasionnant des douleurs de rein; par son volume, elle déforme la verge au point de la cacher complètement, rendant le coït sinon impossible, mais difficile. Cette déformation du pénis nuit aussi à la miction qui se fait en bavant, entretenant ainsi un état d'excoriation et d'érysipèle du scrotum.

Ainsi donc, à mesure qu'elle vieillit, l'hydrocèle simple s'aggrave, et comme sa résorption spontanée est très rare, il convient d'intervenir le plus tôt possible.

Différentes méthodes ont été appliquées dans son traitement, c'est dire par là que toutes laissent quelque peu à désirer. Nous les passerons sommairement en revue, en étudiant leurs résultats immédiats et éloignés. Nous parlerons particulièrement d'une méthode ancienne déjà, mais modifiée depuis, qui nous a donné des résultats excellents et qui nous a paru d'une grande simplicité. Ensuite, nous en retirerons quelques conclusions pratiques. Mais, auparavant, nous nous permettrons de donner un petit aperçu nosologique sur l'hydrocèle elle-même, afin de rendre le plus clair possible notre modeste travail.

Notre thèse inaugurale sera donc divisée en quatre chapitres.

Le premier comprendra une étude succincte sur la nature de l'hydrocèle, son étiologie, sa pathogénie et son anatomie pathologique.

Le second comprendra l'historique général des différents traitements, en insistant sur leurs résultats.

Le troisième comprendra l'étude spéciale du traitement au sublimé.

Enfin, le quatrième comprendra nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU NOSOLOGIQUE

Ici, nous nous proposons d'être bref ; d'autres, plus compétents que nous, ont déjà traité la pathogénie, l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'hydrocèle. Aussi, en exposant ici les points indispensables pour suivre ce petit travail, nous ne ferons que répéter ce qu'ils ont dit. L'hydrocèle vaginale est constituée par un épanchement de liquide ni hémorragique ni purulent, qui se forme, soit dans la vaginale testiculaire fermée, dans quel cas elle est dite simple ; soit dans le conduit vagino-péritonéal non oblitéré, dans quel cas elle est dite congénitale. Donc, deux catégories très différentes d'hydrocèle : l'hydrocèle simple et l'hydrocèle congénitale. Etudions-les séparément.

L'hydrocèle simple est dite symptomatique lorsque la cause de la vaginalite relève d'une affection caractérisée générale ou locale. Ainsi, elle pourra être la conséquence d'un traumatisme testiculaire, d'une blennorragie avec urétrite postérieure d'une syphilis, très souvent d'une tuberculose du testicule ou de l'épididyme, d'une tumeur de ces organes, ou enfin, comme Le Dentu l'a prouvé, d'une filariose ; dans ce dernier cas, l'hydrocèle sera dite chyleuse ou graisseuse, à cause de l'épanchement qui est blanchâtre. Quelquefois, l'hydrocèle est le seul symptôme apprécia-

ble, dans quel cas elle est dite essentielle ou idiopathique, mais ici encore, par des constatations faites au cours d'interventions sanglantes sur la vaginale, on a remarqué que la plupart de ces hydrocèles, dites idiopathiques, étaient la conséquence soit d'un petit kyste épididymaire qui agissait à la façon d'un corps étranger en irritant la séreuse, soit d'une lésion scléreuse sénile du tissu péri-épididymaire qui, en irritant la séreuse, provoquait sa sécrétion.

Que l'hydrocèle soit symptomatique ou idiopathique, elle se présente presque toujours comme une tumeur piriforme, à grosse extrémité inférieure, pouvant acquérir un volume énorme. Cette catégorie d'hydrocèle se développe presque toujours lentement; elle est indolore, régulière, fluctuante, mate et transparente, et non réductible. Sa transparence se voit très nettement en faisant saillir la tumeur et en regardant à travers un stéthoscope appliqué sur un côté, tandis qu'un aide maintient une lumière le plus près possible de l'autre côté de la tumeur. Cette transparence manque rarement; elle est atténuée dans les vieilles hydrocèles à parois sclérosées et épaissies, ainsi que dans les hydrocèles chyleuses; mais, dans ce dernier cas, on rencontre le plus souvent d'autres caractères éléphantiasiques du scrotum et des membres.

Voyons maintenant l'hydrocèle congénitale. Un peu d'embryologie est ici nécessaire; primitivement, en effet, et cela jusqu'au moment où le testicule a pris dans les bourses sa position définitive, les deux cavités, vaginale et péritonéale, communiquent l'une avec l'autre par un long canal, le canal péritonéo-vaginal, s'étendant depuis l'orifice interne du canal inguinal jusqu'au voisinage de l'épididyme; le conduit présente des parties rétrécies et dilatées alternativement. On y distingue un rétrécissement péritonéal, une dilatation prépéritonéale, un rétrécissement à

l'orifice profond du canal inguinal, puis une dilatation occupant le trajet du canal inguinal; un troisième rétrécissement à l'orifice inguinal superficiel; un renflement scrotal s'ouvrant dans la vaginale et un rétrécissement au haut de la vaginale.

Chez un grand nombre de mammifères, ce canal persiste; chez l'homme, sa fermeture commence à se faire au cours du neuvième mois et est achevée du quinzième au vingtième jour de la naissance. Le ligament vaginal représente son vestige. La régression peut se faire partiellement : 37 0/0 chez les nouveau-nés et 15 0/0 chez l'adulte. Sa perméabilité complète n'a lieu que dans 4 0/0 des cas, après le quatrième mois.

Cette persistance totale ou partielle du canal explique la pathogénie des hydrocèles dites congénitales. La perméabilité de tout le canal donnera l'hydrocèle péritonéo-vaginale, caractérisée par la réduction du liquide de la vaginale dans le péritoine. Le liquide de l'hydrocèle vient, dans ce cas, le plus souvent d'une ascite et est accompagné assez fréquemment d'une hernie intestinale ou épiploïque. L'oblitération diaphragmatique du premier, second ou troisième rétrécissement donnera l'hydrocèle biloculaire de Dupuytren, qui sera lui-même de variété propéritonéale, interstitielle, ou inguino-superficielle. Enfin l'épanchement peut se faire entre deux rétrécissements, car, n'oublions pas que la vaginale, partie du péritoine, possède comme elle le pouvoir de sécrétion; dans ce cas, l'hydrocèle sera dite enkystée.

Etudions maintenant le contenu et les parois de ces hydrocèles.

Le liquide épanché est généralement de couleur jaune citrin; sa quantité varie de 200 grammes à 500 grammes. Dans l'hydrocèle idiopathique, les éléments figurés sont

très rares; dans l'hydrocèle consécutive à une tuberculose testiculaire, on y trouve une prédominance de lymphocytes; dans l'hydrocèle blennorragique, une prédominance de polynucléaires.

Le liquide est riche en albumine, car il se coagule à la chaleur et par l'addition de l'acide nitrique. Laissé à lui seul, il se prend très lentement en un coagulum; la présence d'un peu de sang active cette coagulation. Il contient donc une substance fibrinogène. Dans les vieilles hydrocèles, cette fibrine modifie les parois vaginales, les épaississant et les durcissant; d'autres fois, nous assistons à des adhérences qui se forment entre les parois, adhérences qui divisent la cavité en lobes, en cavernes, d'où les hydrocèles multiloculaires.

Voyons maintenant les complications auxquelles elles peuvent donner lieu et aussi les lésions avec lesquelles elles sont le plus souvent confondues. L'hydrocèle peut soit s'enflammer ou dégénérer en hématocèle; sa rupture peut être déterminée par un traumatisme, un effort. Hormis ces complications, l'évolution en est lente, avec une très rare tendance à la guérison. A la longue, outre l'étirement de l'épididyme, elle provoque parfois une azoospermie.

Elle est parfois double et, dans la forme congénitale, souvent accompagnée d'une hernie ou d'une ectopie testiculaire; dans ces cas, l'intervention ne peut qu'être sanglante.

Tant que l'hydrocèle est transparente, son diagnostic est facile. Mais, par vieillissement et dans la variété chyleuse, le diagnostic en est très difficile. Elle pourra être différenciée de l'hématocèle, du sarcome mou, de la maladie kystique du testicule que par la ponction exploratrice. La hernie scrotale réductible sera reconnue par son pédi-

cule intrapéritonéal, par sa réduction avec ou sans gargouillement. La hernie enkystée de la vaginale (de Cooper) sera particulièrement difficile à diagnostiquer.

Avant de terminer ce chapitre sur la longueur duquel nous nous excusons, nous voudrions dire un mot sur l'hydrocèle des nouveau-nés. Ici encore, les deux classes d'hydrocèle congénitale et d'hydrocèle idiopathique trouvent leur place.

L'hydrocèle congénitale relève le plus souvent d'une péritonite bacillaire, forme ascitique. L'état général du petit patient, son caractère malingre nous mettront sur la voie. Nous ne la confondrons pas cependant avec la hernie congénitale de l'enfance, car, dans l'hydrocèle, la tumeur, une fois réduite, ne se forme que graduellement, tandis que la hernie se forme tout d'un coup, par un effort par exemple. Nous pouvons dire d'emblée ici que la seule intervention à faire est le traitement sanglant.

Pour ce qui concerne l'hydrocèle idiopathique infantile, l'épanchement occupe le plus souvent les deux côtés du scrotum et n'est point en communication avec le péritoine.

Quelques auteurs mettent l'épanchement sur le compte des traumatismes subis par les testicules pendant l'accouchement ou dans les lavages de l'enfant. Pour le professeur Kirmisson, il serait plutôt attribuable à l'irritation dont la vaginale est le siège dans la descente du testicule.

Il va sans dire que le pronostic de cette forme est plus rassurant. En effet, elle a une grande tendance à disparaître spontanément et même si elle persistait, la simple ponction aspiratrice, suivie d'une injection de X à XX gouttes d'alcool, suffira pour s'en débarrasser.

La seule application d'eau blanche ou de chlorhydrate

d'ammoniaque sur les bourses ont, dans maintes occasions, donné des résultats satisfaisants. Ceci dit, nous nous occuperons maintenant des différents traitements de l'hydrocèle.

CHAPITRE II

ETUDE COMPARATIVE DES DIFEERENTS MODES DE TRAITEMENT

On a coutume de diviser les procédés de traitements en médicaux et chirurgicaux. Passons-les en revue en comparant leurs résultats immédiats et éloignés.

Les traitements médicaux ne sont guère employés, et nous pouvons dire que, depuis la découverte de l'asepsie, personne plus ne pense à les employer. Cependant, comme les pères de la médecine, et je crois qu'ils étaient de bonne foi, ont obtenu de bons résultats avec ces procédés, nous ne pouvons nous empêcher de citer les principaux.

D'abord, ce fut le vésicatoire sur le scrotum (Breschet cite 20 guérisons); les compresses de scille ou de digitale (Velpeau). Après lui, on essaie les astringents de toutes sortes: écorce de chêne, le collodion riciné. Les sangsues et les dérivatifs ont eu leur moment de vogue; puis ce fut le tour des compresses de gros vin rouge ou de solution concentrée d'acétate ou de chlorhydrate d'ammoniaque. Ce dernier traitement semble avoir donné d'excellents résultats, surtout chez les enfants. Les applications sont faites d'une façon continue pendant huit à quinze jours, après quel laps de temps, la guérison se fait géné-

ralement. Les onctions mercurielles et les badigeonnages à la teinture d'iode (Curling et Dupuytren) ont aussi réussi quelquefois. Enfin, plus près de nous, on a essayé l'électricité, mais, d'après Macario et Mourlon, les résultats sont peu encourageants.

Nous voyons donc que le traitement de l'hydrocèle doit être exclusivement chirurgical, sauf chez les enfants où on pourrait encore essayer les compresses permanentes de solution concentrée de NH^4Cl.

Les procédés chirurgicaux eux sont soit palliatifs ou curatifs.

Procédés palliatifs. — Comme pour les procédés médicaux, nous pouvons dire que ces procédés sont tombés en désuétude, vu qu'ils ne procurent qu'un soulagement immédiat et momentané, sans amener la guérison. Ils comprennent:

1° La ponction simple, suivie ou non de bandage compressif ou agglutinatif (Guy de Chauliac, Pean de Vigo). Ce dernier vidait la poche deux fois l'an et affirme « que le prélat de Van Swieten dut y recourir tous les trois mois pendant vingt ans ». Voilà une patience qu'on ne trouverait sûrement pas parmi les patients d'aujourd'hui.

2° La ponction aspiratrice (Dieulafoy).

3° L'acupuncture, c'est-à-dire la ponction avec une aiguille, dans quel cas le liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire où il se résorbe (Cumin, Lewis, Curling).

4° La scarification du scrotum.

5° L'ouverture sous-cutanée de la vaginale au moyen d'un ténotome (Guérin, Sédillot).

6° La rupture sous-cutanée de la vaginale (Serres, Foster).

7° L'électropuncture (Schuster).

Nous avons vu jusqu'ici les procédés médicaux et les procédés chirurgicaux palliatifs, tous voués à l'insuccès. Etudions maintenant les procédés dits curatifs.

Les *procédés curatifs* sont de deux sortes:

1° *La ponction suivie d'injection irritante* par laquelle on se propose de déterminer dans la tunique vaginale une inflammation adhésive qui empêche ainsi la reproduction du liquide. Cette inflammation ne doit pas être trop vive, car elle apporte, dans ce cas, des douleurs intolérables et souvent même la suppuration. C'est dans ce but que nous préconiserons ici la solution de sublimé au millième, qui nous a semblé ne donner qu'une inflammation très modérée, sans danger de suppuration.

Plusieurs liquides ont été employés jusqu'ici dans ces injections irritantes. Nommons-les:

La teinture d'iode. — L'injection iodée fut pratiquée, pour la première fois, par Martin, de Calcutta, en 1832. Velpeau, en 1836, l'introduisit en France, et depuis, ce procédé a rencontré beaucoup de partisans; peut-être est-ce parce qu'on ne jure que par la teinture d'iode de nos jours. Néanmoins, ce procédé donne de bons résultats, mais au prix de douleurs atroces conservant leur intensité durant deux à trois jours. Il est vrai qu'avec une anesthésie préalable à la solution d'antipyrine à 2 p. 100, les douleurs sont moins vives. La cocaïne, préconisée par Bazy, Périer et Spillmann dans l'anesthésie de la vaginale a provoqué déjà de nombreux accidents et depuis le cas de mort rapporté par Berger, en 1891, la plupart des chirurgiens ne l'emploient plus dans ce cas (Tillaux).

Si l'anesthésie à l'antipyrine écarte les douleurs atroces du malade, elle n'empêche pas cependant les dangers bien

plus graves qui arrivent quelquefois et qui consistent en des accidents gangréneux du côté des enveloppes scrotales, de la périvaginalite suppurative et de la vaginalite hémorragique. Si on emploie de l'iode pur, on rencontre 2 à 3 p. 100 de récidive, et si l'iode est étendu, 12 p. 100 de récidive.

L'*acide phénique,* employé pour la première fois en 1879 par Schaetzke et Trebnitz, en solution à 8 p. 100, produit une réaction aussi douloureuse comme après l'injection à la teinture d'iode. Le professeur Tédenat a remplacé l'acide phénique par de la glycérine phéniquée à 50 p. 100. Les résultats seraient excellents et l'injection ne ferait pas souffrir le malade.

Le *chlorure de zinc,* en solution à 1 p. 10 (Polaillon), et le *perchlorure de fer* (Hougé de l'Aulnoit) ont été employés avec quelque succès.

Monod a introduit le traitement par l'*alcool.* Ici l'hydrocèle n'est pas ponctionnée. On injecte seulement, dans la poche liquide, au moyen d'une seringue de Pravaz, quelques gouttes d'alcool qui agit comme coagulant et comme irritant. Labat, dans sa thèse (Paris, 1877), rapporte quelques cas de guérison.

Tout dernièrement, le professeur Morestin a préconisé l'injection formolée au tiers; la méthode est encore trop récente pour que l'on puisse la discuter. Les résultats immédiats semblent être bons, mais nous ne connaissons pas encore les résultats éloignés.

Avant de décrire le procédé au sublimé, sur lequel nous voudrions attirer l'attention, nous décrirons succinctement les différents procédés employés dans la cure radicale chirurgicale.

2° *La cure radicale chirurgicale.*— Celse, Altncasis, Paul

d'Egine et Guy de Chauliac la connaissaient, Gerdy et Chassaignac la déconseillaient. Scarpa en a eu des succès.

Dans les *Archives de médecine* de 1824, on trouve quatre cas heureux; mais nous pouvons dire que ce procédé n'a rallié autour de lui des partisans que depuis les idées nouvelles sur l'asepsie et l'antisepsie.

Jusqu'ici quatre méthodes sont employées:

1° *L'incision simple de Wolkmann* qui consiste à vider le liquide après incision de la poche, à amener le testicule au dehors et à frotter la surface interne de la vaginale avec de la gaze iodoformée ou simplement aseptique pour produire la vaginalite adhésive.

2° *L'incision avec résection partielle de Julliard.* — Ici on incise toute la vaginale qui dépasse et on ne laisse de la séreuse que ce qu'il faut pour recouvrir le cordon et le testicule.

Ces deux méthodes, qui ne devraient pas donner de récidive, échouent assez souvent; si bien, que Bergmann a proposé l'*excision complète de la vaginale*. Cette méthode est une véritable dissection de toute la tunique après laquelle on l'extirpe entièrement.

Enfin, en dernier lieu, Doyen a préconisé l'*inversion de la vaginale*, telle qu'on la pratique dans la cure d'hématocèle.

Malgré les nombreux avantages que peuvent présenter ces procédés de cure radicale chirurgicale, ils ne pourront jamais être généralisés, car ils demandent:

1° Un outillage assez compliqué.

2° Une anesthésie générale du malade, suivie de tous les dangers que peuvent offrir ce mode d'anesthésie, ou une anesthésie locale à la novocaïne; mais trouve-t-on beaucoup de médecins sachant faire cette anesthésie,

exactement comme il le faut, pour que l'opération qui est assez longue soit supportable?

Quant à la rachianesthésie, nous ne pensons pas qu'il y ait beaucoup de médecins qui l'emploient dans leur clientèle privée.

3° Ils demandent une asepsie minutieuse pendant l'opération et une asepsie post-opératoire sans le secours de laquelle la cicatrisation de la plaie durerait fort longtemps. Cette asepsie de la plaie, qui est si difficilement obtenable dans un milieu hospitalier, c'est-à-dire stylé pour la chose, à cause du voisinage des organes génitaux et de l'anus, l'est d'autant plus dans un milieu de campagne.

4° Les suites opératoires elles-mêmes ne sont pas exemptes d'accidents. Que de fois on a noté une orchite ou une épididymite après ces procédés sanglants, venant prolonger la convalescence qui est assez longue par elle-même sans complications.

5° Ils demandent une immobilisation du malade pendant une dizaine de jours au moins. Trouve-t-on beaucoup de malades voulant subir cette immobilisation, alors que leur tumeur ne les gêne presque pas?

6° Par ces procédés sanglants, au cours desquels le testicule est plus ou moins traumatisé et les voies vasculaires et lymphatiques si largement ouvertes, ne peut-on pas généraliser ou donner un coup de fouet à une tuberculose atténuée, qui est le plus souvent la cause même de l'hydrocèle?

Pour toutes les raisons que nous venons d'énumérer, nous déduirons, avec M. Reclus, que l'intervention sanglante n'est indiquée que dans les cas suivants:

a) Dans l'hydrocèle congénitale avec persistance du canal péritonéo-vaginal en entier, afin d'éviter l'injection du liquide modificateur dans le péritoine, dans quel cas le

malade souffrirait beaucoup et pourrait même avoir une péritonite avec des accidents d'intoxication. Nous avons eu un cas de ce genre.

b) Dans le cas où le testicule ou l'épididyme serait vraiment malade.

c) Dans les vieilles hydrocèles, avec parois épaisses et indurées, dans lesquelles une injection modificatrice ne saurait produire l'adhésion des deux feuillets de la séreuse. A part ces trois indications absolues, nous pensons que, dans tous les autres cas, il est de notre devoir de faire bénéficier nos malades du traitement par la simple ponction avec lavage modificateur, et, dans ce cas, nous préconisons la liqueur de Van Swieten, qui nous a toujours donné des résultats très satisfaisants.

CHAPITRE III

DE L'INJECTION DU SUBLIME DANS L'HYDROCELE

Le procédé n'est guère nouveau. Dès le XVII[e] siècle, nous trouvons Lembert l'employant en solution dans de l'eau de chaux. Plus près de nous, en 1885, Richet le remit en vogue sous la forme de Van Swieten dont il abandonnait après lavage 100 grammes dans la vaginale. Quoique M. Sarrazin, qui présenta une thèse sur ce procédé, cite cinq observations où les malades ainsi traités n'ont présenté aucun signe d'intoxication, nous pensons que cette dose de sublimé ne peut être laissée dans l'organisme sans occasionner des désordres, car il y a selon toute probabilité absorption du mercure.

La même année, James Miller publia, dans *The Lancet*, deux observations, dont une très intéressante; nous la relatons ici. Il raconte qu'il traitait un chauffeur pour une hydrocèle qu'il avait ponctionnée plus de six fois. Le malade commençait à désespérer et lui aussi, quand, un jour, l'idée lui vint d'injecter, au moyen d'une seringue de Pravaz, une quinzaine de gouttes d'une solution de sublimé à 1 gr. 50 p. 1.000. Cela se passa le 3 janvier 1885. Il perdit de vue le malade et ne le revit qu'en octobre de la même

année. Le malade lui apprit qu'il était complètement guéri, que, le lendemain de l'opération, il avait repris son travail et que, depuis, l'épanchement n'avait plus reparu.

Homes en 1895 et Lewis en 1896 citent chacun trois cas de guérison par cette méthode. Nous sommes conduit à l'année 1897, date à laquelle le docteur Etienne, de Toulouse, présenta, à la Société de chirurgie de Paris, toute une série de cas (vingt-sept), traités par un double lavage de la poche au sublimé à 1 p. 1.000, suivi d'un lavage boriqué à 4 p. 100. Pendant que nous préparions ce travail, nous avons voulu savoir si le docteur Etienne continuait dans sa méthode. Nous avons ici l'avantage de lui céder la parole : « Depuis vingt-cinq ans, j'emploie le même procédé et jamais, dans les 150 cas que j'ai opérés, je n'ai eu aucune récidive. »

Quoi de plus concluant en faveur de cette méthode. Avec cette thèse, nous apportons nous-même, avec la gracieuse amabilité de notre maître M. le docteur Massot, chirurgien en chef de l'hôpital de Perpignan, la liste de plus d'une centaine de malades traités par ce même procédé, tous guéris. Ceci dit, voyons maintenant notre manuel opératoire qui, il faut l'avouer, diffère bien peu de celui du docteur Etienne qui, d'ailleurs, a fait l'objet de la thèse du docteur Dessort (Fac. de Toulouse, 1895). Mais nous ajouterons que le docteur Massot, qui nous a donné l'idée de cette thèse, l'emploie lui-même depuis plus de vingt-cinq à trente ans, toujours avec les mêmes succès.

Le malade est disposé de la même façon que pour l'injection iodée, c'est-à-dire couché sur le dos, les jambes écartées. Une asepsie parfaite est de rigueur, comme pour l'ouverture de toute séreuse. L'opérateur, placé à la droite du sujet, contrôle, pour une dernière fois, la position du testicule. Chercher plutôt l'endroit où n'est pas le testicule que le testicule lui-même. Généralement, il est en arrière, c'est donc en avant et en bas qu'on enfoncera le trocart. Dans le cas d'inversion, il est en avant, c'est donc en arrière que se fera la ponction.

Le trocart sera un simple trocart de 3 à 4 millimètres de diamètre. Le trocart de Potain avec aspirateur, comme l'emploie le docteur Dessort, semble compliquer les choses inutilement. L'extrémité de la gaine du trocart doit être bien lisse afin d'éviter toute éraillure qui fera souffrir inutilement le malade. Une fois l'endroit où ne se trouve pas le testicule bien déterminé, saisir le trocart de la main droite dont l'index limite les 2 à 3 centimètres de pointe qui doivent pénétrer; la main gauche fixe, soulève et tend la tumeur. L'instrument est alors enfoncé vivement, avec de légers mouvements de vrille. On sent bientôt que la pointe a traversé la paroi et joue librement dans une cavité. Sans mouvement brusque, appuyant sur la canule pour la maintenir dans la poche, on retire le mandrin. Avec le petit robinet, on règle la sortie du liquide pour éviter toute décompression brusque, sensation plutôt gênante pour le malade. La poche se vide graduellement et bientôt on peut palper le testicule.

Voici le temps du lavage; ici pas d'injection anesthé-

siante à l'antipyrine ou à la cocaïne. Une fois la poche vidée, on y injecte d'emblée, à l'aide d'une seringue, 30 à 50 centimètres cubes de la liqueur de Van Swieten, préalablement tiédie, afin d'éviter toute sensation désagréable de froid au malade. On ferme alors le robinet; on malaxe légèrement et on vide la poche; le liquide qui s'écoule est blanchâtre, dû à une précipitation du contenu albumineux de la poche. On injecte une seconde quantité de liqueur, qu'on laisse agir 5 minutes, après lesquelles on vide définitivement la poche. Il ne reste plus qu'à enlever vivement la canule, à toucher la petite plaie avec de l'alcool qui aura le double avantage d'être antiseptique et de faire contracter le dartos, rendant ainsi l'orifice invisible et supprimant surtout le pansement au collodion, malpropre, douloureux et gênant.

Nous pensons que le lavage boriqué que fait le docteur Dessort pour chasser l'excès de sublimé est purement illusoire. L'albuminate de mercure, formé sur les parois de la poche, n'étant pas soluble dans l'acide borique.

Une fois l'opération terminée, on conseillera au malade le port d'un suspensoir Horand-Langlebert et un repos de vingt-quatre heures, après lequel il pourra reprendre sa vie habituelle et même son travail, ce qui sera parfois une grande consolation pour lui.

On préviendra le malade que, dans les trente-six à quarante-huit heures qui suivront, le liquide se reformera, mais que, graduellement, il disparaîtra. L'inflammation qui se produit ici n'est nullement douloureuse. Parfois, le malade sentira quelques légères coliques ou des petites douleurs le long du cordon. Comme nous n'avons remarqué ces phénomènes d'hyperesthésie que dans la clientèle privée, nous les attribuons plutôt à la grande susceptibilité des malades payants. Néanmoins, si le cas se présentait,

de simples applications chaudes sur l'abdomen et même à la rigueur une petite injection sous-cutanée d'un demi-centigramme de morphine les ferait cesser immédiatement.

Nous arrivons ainsi au terme de notre modeste travail, mais avant de conclure, nous noterons ici quelques observations à l'appui de ce que nous avons avancé. Sept cas seront décrits intégralement, les autres ne seront que mentionnés parce qu'ils se ressemblent tous.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

B..., 56 ans, est porteur d'une énorme tumeur dans la région inguino-scrotale gauche. La grosseur date de plusieurs mois. A la palpation, on remarque tous les caractères d'une tumeur en bissac. Le liquide n'est nullement réductible et la transparence très nette.

On procède à la ponction et on retire 800 grammes d'un liquide citrin caractéristique. Les deux lavages au Van Swieten, légèrement tiédi, sont faits et après avoir vidé la poche et touché la plaie à l'alcool, on applique un suspensoir. Trente-six heures après, le liquide se reformait, sans la moindre douleur. Au bout de dix à douze jours, le liquide épanché commençait à se résorber. Vu la grandeur de la poche, la résorption complète prit deux mois pour se faire, mais, une fois disparu, le liquide n'a jamais reparu.

Nous avons revu B... depuis, sa poche a complètement disparu et les bourses sont presque normales.

Observation II

(Dr Etienne)

S..., 63 ans, est porteur d'une tumeur au niveau du testicule gauche, depuis environ deux ans. A l'inspection, on voit le fond des bourses occupé à gauche par le testicule normal, surmonté d'une grosseur d'un volume double du sien. Au palper, on trouve que la tumeur est reliée au testicule par l'épididyme, légèrement volumineux. La surface est tendue et lisse, la fluctuation manifeste. Du côté droit, on trouve les mêmes lésions, mais moins avancées, car le volume de la tumeur égale à peine celui du testicule. On porte le diagnostic de kyste de l'épididyme. La ponction, suivie du lavage de la poche, est faite comme pour les hydrocèles avec la solution de sublimé à 1 p. 1.000. Le liquide qui s'écoule (40 grammes à peu près) est légèrement trouble et lactescent. Examiné au microscope par le professeur Tapie, on y découvre des spermatozoïdes en quantité. Le malade, qui avait été opéré en juin 1891, n'est revu qu'en février 1892; on n'y retrouve qu'une petite induration. Toute la réaction inflammatoire s'est faite sans douleur, permettant au malade de continuer ses occupations.

Observation III

(Inédite)

Recueillie dans le service de chirurgie de l'Hôpital Saint-Jean, Perpignan.

V... Joseph, âgé de 50 ans, journalier, né à Porté (Pyrénées-Orientales), entre à l'Hôpital Saint-Jean, dans le service de M. Massot, le 12 novembre 1914.

Le malade entre pour une hydrocèle de la bourse droite qui a débuté, il y a plus d'une année, lentement et insidieusement, sans cause appréciable. Ni syphilis, ni blennorragie, éthylisme marqué. Pas de tuberculose ; le testicule gauche est sain. Prostate légèrement hypertrophiée.

Après diagnostic certain, on ponctionne la tumeur de la grosseur du poing ; il s'écoule un liquide citrin. On procède alors aux deux lavages au sublimé à 1 p. 1.000, légèrement tiédi ; attouchement de l'orifice de la ponction à l'alcool, puis application d'un bon suspensoir. Pendant toute l'opération, aucune réaction douloureuse, sauf au moment de la ponction.

Deux jours après, le liquide s'est reformé sans la moindre douleur. Le scrotum, un peu plus rouge que celui du côté opposé. Le malade accuse ici des coliques sans selles qui cèdent avec un simple cataplasme sur l'abdomen. Jamais plus, ces coliques ne sont revenues et, de jour en jour, nous assistons à la résorption du liquide.

Une semaine après l'opération, le malade quitte l'hôpital guéri.

Nous avons eu des nouvelles du malade qui est complètement débarrassé de sa tumeur.

Observation IV

(Inédite)

C... Gaudérique, âgé de 17 ans, footballer enragé, habitant Alénya (Pyrénées-Orientales). Entre à l'Hôpital St-Jean, service de chirurgie, le 11 décembre 1914, pour une plaie du tibia avec adénite à l'aine. Le malade est aussi porteur d'une hydrocèle droite de la grosseur d'une petite orange. Il l'attribue à un effort et à la fatigue du jeu de

foot-ball. Nous ne relevons rien dans ses antécédents personnels ni au point de vue tuberculose ou syphilis. Pas de blennorragie. Testicule opposé sain. Prostate normale. Avec du repos au lit et quelques pansements, son adénite disparaît et sa plaie se cicatrise. Il demande à se débarrasser de son hydrocèle.

Cinq jours après son entrée, le 16 décembre, on ponctionne la tumeur et on fait les deux lavages au Van Swieten, légèrement tiédi. Pansement aseptique à l'alcool. Application d'un bon suspensoir; vingt-quatre heures après la ponction, le liquide se reforme sans la moindre douleur. Le malade conserve toute sa gaieté, son appétit et sa température normale. Graduellement le liquide disparaît et le malade sort de l'hôpital dix jours après l'opération, la tumeur ayant disparu.

Le malade nous a donné de ses nouvelles. Il a été trouvé bon pour le service armé; ses bourses sont complètement normales.

Observation V

(Inédite)

B... Lucien, âgé de 40 ans, habitant à Perpignan, cuisinier de métier. Entre à l'hôpital pour une hydrocèle gauche, pouvant contenir 300 grammes de liquide. Les antécédents personnels plutôt chargés: blennorragie dans sa jeunesse, bronchite chronique spécifique, signes marqués du côté des sommets des poumons. A été aux colonies pendant dix ans. Le testicule du côté opposé sain. Les vésicules séminales légèrement indurées. La ponction a lieu; le liquide est citrin; on procède aux deux lavages habituels. Pansement sec et application d'un suspensoir. Aucune réaction douloureuse pendant l'opération.

Toute la réaction inflammatoire se fait aussi sans douleur et le malade quitte la salle, le liquide presque disparu. Nous conseillons de continuer à porter un suspensoir jusqu'à disparition complète du liquide.

Nous retrouvons le malade deux mois après; son testicule est tout à fait normal, à peine si on le trouve un peu plus dur que celui du côté opposé. Le liquide a complètement disparu. Depuis sa sortie de l'hôpital, il avait repris son travail de cuisinier, c'est-à-dire restait debout près du fourneau pendant une grande partie de la journée. Il nous avoua ne pas avoir porté le suspensoir que nous lui avions conseillé de porter.

Observation VI

(Inédite)

B... Joseph, âgé de 45 ans, cultivateur à Pézilla-de-la-Rivière (Pyrénées-Orientales). Entre à l'hôpital, le 16 novembre 1914, pour une hydrocèle du côté gauche, grosse comme une grosse orange. Le malade avait été déjà opéré d'une hydrocèle du côté droit, il y a cinq ans de cela. Nous pouvons encore une fois constater les bons effets du traitement, car le testicule droit est tout à fait normal. Le malade nie toute blennorragie et toute syphilis. Nous ne relevons aucun signe de tuberculose; sa prostate est un peu congestionnée, mais c'est un gros mangeur; il y a de l'éthylisme très marqué.

La ponction se fait normalement avec les mêmes suites opératoires; aucune douleur pendant les lavages ou pendant la réaction inflammatoire. Onze jours après l'opération, le malade sort de l'hôpital guéri.

Observation VII

(Inédite)

P... François, âgé de 21 ans, boulanger. Entre à l'hôpital, le 17 janvier 1915, pour des plaques muqueuses périanales et un chancre induré de la verge. Le malade présente aussi une hydrocèle du côté droit qui, nous dit-il, augmente sensiblement de volume de jour en jour. Nous instituons d'emblée un traitement mixte de mercure et d'iodure de potassium et, en même temps, nous appliquons une pommade au calomel sur le chancre et sur les plaques muqueuses. Ces accidents cutanés régressent sensiblement après quelques semaines de traitement, mais l'hydrocèle continue son évolution; nous nous décidons à la ponctionner, ce que nous faisons. Les lavages et la réaction inflammatoire se font encore sans phénomènes douloureux et l'épanchement disparaît graduellement. On peut alors distinguer le testicule et l'épididyme formant une masse compacte, hypertrophiée. Le malade sort de l'hôpital et sur nos indications, continue le traitement mercuriel. Après neuf mois, nous apprenons qu'il est complètement guéri.

Nous pourrions ainsi multiplier les observations, les unes plus convaincantes que les autres, mais nous serions trop long. Aussi nous nous contenterons de mentionner seulement la cinquantaine de cas que nous avons relevés sur les annales de l'hôpital depuis 1911.

François B..., habitant Pia, hydrocèle gauche, opéré le 29 juin 1901, sorti le 11 juillet.

Pierre D..., habitant Elne, entré pour une hydrocèle gauche le 30 octobre 1901, sorti le 12 novembre après opération et guérison.

Antoine C..., habitant Elne, entré le 18 février 1902, sorti le 3 mars, opéré et guéri.

Louis D..., habitant Collioure, entré le 13 avril 1902 pour une hydrocèle droite datant de six mois, opéré le même jour, sorti le 21 avril, guéri.

Jean B..., habitant Saint-Laurent, opéré le 14 juin 1902, sorti le 20 du même mois, guéri.

Antoine D..., habitant Collioure, entré le 21 avril 1903, sorti le 6 mai, opéré et guéri.

Joseph F..., de Prades, entré le 26 juillet 1903, sorti le 29 juillet, jour même de l'opération, ne souffrant aucunement.

Jean D..., de Prats-de-Mollo, opéré le 23 avril 1904, sorti le 3 mai, guéri.

Martin N..., de Perpignan, opéré le 18 mai, sorti le 27 mai, guéri.

Georges S..., de Eurre (Drôme), entré le 26 janvier 1906, sorti le 9 février.

Albert R..., de Perpignan, opéré le 22 juin 1906, quitte l'hôpital, guéri, le 3 juillet.

Jean S..., de Bouleternère, opéré le 9 avril 1906, sorti le 18 août.

Paul B..., de Maury, opéré le 30 août, sorti le 4 septembre.

Jacques E..., de Torreilles, opéré le 19 octobre 1906, sorti le 24 octobre.

Joseph B..., de Maternale, opéré le 9 juin 1907, sorti le 18 juin 1907.

Jean R..., de Prats-de-Mollo, opéré le 26 novembre 1907, quitte l'hôpital le surlendemain, 28 novembre, nullement incommodé de la réaction inflammatoire, tant elle est peu accusée.

André V..., d'Elne, opéré le 14 janvier 1908, sorti le 26 janvier.

Achille B..., d'Ille, opéré le 1er juillet 1908, sorti le 14 juillet.

Joseph C..., de Maury, opéré le 18 juillet 1908, sorti le lendemain de l'opération, le 19 juillet, sans aucune souffrance.

Joseph N..., de Massamet (Espagne), opéré le 3 novembre 1908; quarante-huit heures après le liquide se reforme, sorti le 13 novembre 1908.

Jean C..., de Montferrer, opéré le 6 décembre 1908, pas de douleur durant l'opération et pendant la réaction inflammatoire, sorti le 15 décembre 1908.

André C..., de Bompas, entré le 27 avril, opéré deux jours après, sorti le 10 mai, le liquide presque complètement résorbé.

Laurent P..., d'Argelès, opéré le 29 juillet 1908, rien à signaler, sorti le 9 août.

Jules B..., de Padern (Aude), opéré le 15 décembre, le liquide se reforme quarante-huit heures après, marche ordinaire de la résorption, sorti le 30 décembre 1909.

Joseph M..., de Cerbère, opéré le 9 février, sorti le 19 février 1910.

François V..., de Maury, opéré le 29 avril 1910, sorti le 4 mai 1910.

Pierre C..., de Bourg-Madame, opéré le 30 avril, sorti le 4 mai 1910.

Pierre M..., de Pézilla-de-la-Rivière, opéré le 6 novembre 1910, sorti le 19 novembre 1910.

Raymond F..., de Castilla-de-Lamarca (Espagne), opéré le 30 novembre 1910; le liquide met quatre jours à se reformer; sorti le 9 décembre.

Antoine C..., de Prades, opéré le 11 décembre 1910, sorti le 23 décembre.

René P..., de Pia, opéré le 16 mars 1911, sorti le 28 mars 1911.

Pierre T..., de Perpignan, opéré le 1er mai 1911, sorti le 16 mai 1911.

Henri B..., de Marseille, opéré le 10 mai, sorti le 11 mai en pleine réaction inflammatoire.

Sébastien D..., du Boulou, opéré le 30 juin 1911, sorti le 11 juillet 1911.

Ernest D..., de Bompas, opéré le 24 juillet, sorti dix jours après.

François M..., de Maury, opéré le 12 juillet 1911, sorti le 23 juillet.

André B..., de Laroque-des-Albères, opéré le 2 mai 1912, sorti le 15 mai.

Jean M..., de Salces, opéré le 3 juin 1912, sorti le 16 juin.

Jean S..., du Soler, opéré le 4 juin 1912, sorti le 12 juin.

Jean D..., de Paris, opéré le 17 juin 1912, sorti le 28 juin.

Victorin C..., de La Bastide, opéré le 3 avril 1913, sorti le 8 avril.

Joseph M..., de Perpignan, opéré le 7 mai 1913, sorti le 9 mai, deux jours après l'opération.

Laurent P..., de Saint-Laurent-de-la-Salanque, opéré le 2 juin, sorti le 16 juin.

Charles I..., de Condom (Gers), opéré le 9 juillet, sorti le 17 juillet.

D'après ce relevé, nous voyons que la plupart des malades ont quitté l'hôpital une dizaine de jours après la ponction, et nous connaissons tous la mentalité des malades hospitalisés qui ne quittent les salles qu'après complète guérison. C'est donc dire que la ponction, suivie de lavage au Van Swieten, apporte généralement la guérison après une dizaine de jours. Nécessairement, plus la poche sera grande, plus il faudra de temps pour apporter la vagina-

lite adhésive, mais ce que nous pouvons assurer, elle arrive toujours.

Nous remarquons aussi, d'après cette liste, que plus de douze de ces malades ont quitté l'hôpital trente-six heures ou quarante-huit heures après l'opération, soit que parce qu'ils étaient de passage seulement dans la ville, soit pour leur travail, c'est dire par là que la réaction inflammatoire, qui apporte la vaginalité adhésive de guérison, n'est que très faible et qu'elle n'empêche nullement l'opéré de reprendre son travail, à la condition qu'il porte un bon suspensoir, autrement le ballottement des bourses retarderait la résorption de l'épanchement.

Les annales de l'hôpital, soigneusement tenues, ne mentionnent nullement le nom de ces mêmes malades revenus pour faute de guérison. C'est donc dire que la récidive est excessivement rare, car les malades étant des environs, n'auraient pas manqué de se faire hospitaliser s'il y avait eu récidive.

Nous arrivons donc aux conclusions suivantes.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

I. Que par le lavage au Van Swieten de la vaginale, on obtient dans l'hydrocèle simple une guérison radicale; que le traitement est applicable à la cure des kystes spermatiques ainsi qu'aux hydrocèles en bissac (obs. I et II).

II. Que ce traitement est simple, facile et à la portée de tous les médecins; qu'on doit l'essayer, sauf les contre-indications absolues que nous avons nommées, avant de faire une intervention sanglante.

III. Qu'il n'entraîne aucune souffrance de la part de l'opéré, soit pendant le lavage, soit pendant la réaction inflammatoire, sauf dans de rares cas de susceptibilité excessive.

IV. Qu'il n'exige de la part de l'opéré aucun séjour au lit.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 juin 1915.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 24 juin 1915.
Le [illegible]
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !